



**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR LEISHMANIOSE VISCERAL**  
**INVESTIGAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

**CRITÉRIOS PARA A INVESTIGAÇÃO:**

1. Caso notificado no Sinan e confirmado para LV e que a variável "Evolução do caso" esteja preenchida como "Óbito por LV" ou "Óbito por outras causas";
2. Óbito registrado no SIM com qualquer menção dos seguintes códigos da CID-10:
  - **B55.0** - Leishmaniose Visceral
  - **B55.9** - Leishmaniose não especificada

Código de retorno da COMUNICAÇÃO no REDCap: \_\_\_\_\_

BLOCO I – DADOS GERAIS	
1. Data da investigação: ____/____/____	2. Data do óbito: ____/____/____
BLOCO II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DE RESIDÊNCIA	
3. Nome do falecido(a): _____	
3.1. CPF: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	3.2. RG: _____
3.3. Cartão SUS: _____	
3.4. Data nascimento: ____/____/____	3.4.1. Idade em dias: ____ ____
3.4.2. Idade em anos: ____ ____	
3.5. Sexo designado no nascimento: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Intersexo [ ] Ignorado	
3.5.1. Gestante: [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado [ ] Não se aplica	
3.5.1.1. Se gestante, qual a idade gestacional: [ ] 1º trimestre [ ] 2º trimestre [ ] 3º trimestre [ ] Ignorada	
3.6. Raça/Cor: [ ] Branca [ ] Preta [ ] Amarela [ ] Parda [ ] Indígena [ ] Ignorado	
3.7. Nome da mãe: _____	
3.8. UF de residência: ____ ____	3.8.1. Município de residência: _____
3.8.1.1. Logradouro: _____	
3.8.1.2. Bairro: _____	
3.8.1.3. Número: _____	
3.8.1.4. Complemento: _____	
3.8.1.5. Ponto de referência: _____	
3.8.1.6. CEP: _____	
3.8.1.7. Zona: [ ] Urbana [ ] Rural [ ] Periurbana	
BLOCO III – DADOS DO LOCAL DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO	
4. Local da investigação: [ ] UBS [ ] Outro	4.1. Se outro, qual? _____
4.2. Nome do estabelecimento: _____	
4.2.1. CNES: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	4.3. UF da investigação: ____ ____
4.3.1. Município: _____	
BLOCO IV – DADOS DA ASSISTÊNCIA	
5. Procurou assistência médica devido ao quadro atual? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado	
5.1. Se procurou assistência médica devido ao quadro atual, quantas vezes procurou no estabelecimento de saúde? [ ] 1 vez [ ] 2 vezes [ ] 3 vezes [ ] 4 vezes [ ] 5 ou mais vezes	
5.2. Se não procurou assistência médica devido ao quadro atual, qual a queixa no último atendimento? _____	
5.3. Foi referida hipótese de LV no estabelecimento de saúde? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado	
5.3.1. Se referida hipótese diagnóstica de LV no estabelecimento de saúde, em qual atendimento? [ ] 1º atendimento [ ] 3º atendimento [ ] 4º atendimento [ ] 5º atendimento [ ] Após o 5º atendimento	
5.4. Houve outra(s) hipótese(s) diagnóstica(s) em atendimento na unidade de saúde? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado	
5.4.1. Se houve outra(s) hipótese(s) diagnóstica(s), qual(is)?	
[ ] Anemia falciforme [ ] Dengue [ ] Enterobacteriose [ ] Histoplasmose [ ] Malária	[ ] Aplasia medular [ ] Doença de Chagas [ ] Esquistossomose [ ] Leucemias [ ] Mononucleose
[ ] Brucelose [ ] Doenças fúngicas [ ] Febre Tifoide [ ] Linfomas [ ] Tuberculose	

Chikungunya       Endocardite bacteriana       Hepatites       Lúpus       Zika

Outra(s)      5.4.1.1. Se outra(s) hipótese(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

5.5. Qual a data do último atendimento no estabelecimento de saúde? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO V – DADOS DE SINAIS E SINTOMAS

6. Foram identificados sinais e sintomas no atendimento?  Sim  Não  Ignorado

6.1. Quais sinais e sintomas identificados no atendimento?

Anasarca       Dor abdominal       Icterícia       Taquidispneia  
 Anemia       Edema localizado       Inapetência       Tosse  
 Astenia       Esplenomegalia       Náusea       Vômito  
 Aumento do volume abdominal       Febre       Palidez       Outro(s)  
 Desnutrição       Hepatomegalia       Perda de peso  
 Diarreia       Hipotensão       Taquicardia

6.1.1. Se outro(s) sinal(is) e sintoma(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VI – DADOS DO HISTÓRICO CLÍNICO

7. Foram identificadas comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s)?  Sim  Não  Ignorado

7.1. Qual(is) comorbidade(s) e/ou condição(ões) imunossupressora(s) identificada(s)?

Cardiopatia       Etilismo       Neoplasia hepática  
 Diabetes       HIV/AIDS       Tuberculose  
 Doença renal crônica       Hipertensão       Transplante  
7.1.1. Se transplante, qual? \_\_\_\_\_  Outra comorbidade  
7.1.2. Se outra comorbidade, qual? \_\_\_\_\_  Outra condição imunossupressora  
7.1.3. Se outra condição imunossupressora, qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VII – DADOS DO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

8. Teve o diagnóstico da LV na unidade de saúde?  Sim  Não  Ignorado

8.1. Se teve o diagnóstico de LV na unidade de saúde, qual a data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8.2. Qual o critério de confirmação?  Clínico-laboratorial  Clínico-epidemiológico

8.2.1. Se critério de confirmação clínico-laboratorial, qual o teste diagnóstico realizado e o seu resultado?

Teste diagnóstico	Resultados do teste			
Teste rápido (imunológico)	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não realizado
Molecular (PCR)	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Não detectável	<input type="checkbox"/> Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Não realizado
Parasitológico direto	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo		<input type="checkbox"/> Não realizado

8.2.2. Outro método diagnóstico:  Sim  Não  Ignorado

8.2.2.1. Se outro método, qual? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VIII – DADOS DO TRATAMENTO

9. Recebeu tratamento para LV no estabelecimento de saúde?  Sim  Não  Ignorado

9.1. Se recebeu tratamento para LV, qual a data do início? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.2. Qual o medicamento utilizado?

Antimoniato de Meglumina       Anfotericina B Lipossomal       Anfotericina B Desoxicolato       Pentamidina  
 Isetionato de Pentamidina       Outro      9.2.1. Se outro, qual? \_\_\_\_\_

9.3. Peso (Kg): \_\_\_\_\_ 9.4. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.5. Via de administração:  Intravenosa  Intramuscular      9.6. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.7. Precisou interromper o tratamento?  Sim  Não  Ignorado

9.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.8. Recebeu segundo tratamento para a LV?  Sim  Não  Ignorado

9.8.1. Se recebeu segundo tratamento, qual a data do início? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9.8.2. Qual o medicamento utilizado?

Antimoniato de Meglumina       Anfotericina B Lipossomal       Anfotericina B Desoxicolato       Pentamidina  
 Isetionato de Pentamidina       Outro      9.8.2.1. Se outro, qual? \_\_\_\_\_

9.8.3. Peso (Kg): \_\_\_\_\_ 9.8.4. Dose prescrita em mg/kg/dia: \_\_\_\_\_

9.8.5. Via de administração: [ ] Intravenosa [ ] Intramuscular 9.8.6. Dias de tratamento realizados: \_\_\_\_\_

9.8.7. Precisou interromper o tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

9.8.7.1. Se precisou interromper o tratamento, qual a data da interrupção? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### BLOCO IX – DADOS DE COMPLICAÇÕES DEVIDO AO TRATAMENTO

10. Desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

10.1. Se desenvolveu alguma complicação após o início do tratamento, qual(is)?

- |                       |   |                                |                  |
|-----------------------|---|--------------------------------|------------------|
| [ ] Anasarca          | [ ] Hiperamilasemia                     | [ ] Insuficiência cardíaca     | [ ] Petéquias    |
| [ ] Arritmia cardíaca | [ ] Hipercalemia                        | [ ] Infecção do trato urinário | [ ] Pneumonia    |
| [ ] Artralgia         | [ ] Hiperglicemia                       | [ ] Insuficiência hepática     | [ ] Purpura      |
| [ ] Diarreia          | [ ] Hipocalemia                         | [ ] Insuficiência renal        | [ ] Rash cutâneo |
| [ ] Dispneia          | [ ] Hipoglicemia                        | [ ] Lombalgia                  | [ ] Sepse        |
| [ ] Edema localizado  | [ ] Icterícia                           | [ ] Mialgia                    | [ ] Sufusão      |
| [ ] Equimose          | [ ] Infecção das vias aéreas superiores | [ ] Pancreatite                | [ ] Outro(s)     |
| [ ] Flebite           | [ ] Infecção de pele                    | [ ] Púrpura                    |                  |

10.1.1. Se outro(s), qual(is)? \_\_\_\_\_

10.2. Precisou ser encaminhado para internação? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

#### BLOCO X – DADOS DE EXAMES LABORATORIAIS INESPECÍFICOS

11. Realizou algum tipo de exame de sangue? [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado

11.1. Se realizou algum tipo de exame de sangue, quais os resultados?

Exame/Data/Valor	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
<b>Hematológicos</b>			
Hemácias			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Leucócitos totais			
Bastonetes			
Neutrófilos			
Eosinófilos			
Basófilos			
Linfócitos			
Monócitos			
Plaquetas			
Tempo de atividade da protrombina			
Tempo de tromboplastina parcial ativada			
<b>Bioquímicos</b>			
Albumina			
Globulina			
AST/TGO			
ALT/TGP			
Bilirrubina direta			
Bilirrubina indireta			
Bilirrubina total			
Fosfatase alcalina			
Gama GT			
Proteínas totais			

